

**i** La fiche sanitaire est à remplir recto-verso pour chaque enfant inscrit et est à renouveler tous les ans.

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Sexe : ☐ F ☐ M Poids (approx.) :

## Renseignements médicaux

- Votre enfant suit-il un traitement médical ? ☐ OUI ☐ NON  
Si OUI joindre une ordonnance récente et les médicaments (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.
- Votre enfant a-t-il déjà eu des problèmes de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération...) ?  
Conduite à tenir :
- Régime alimentaire sans porc ? ☐ OUI ☐ NON
- Votre enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives ? Précisez :

### Vaccination obligatoire

**Pour les enfants nés avant 2018** **Date du dernier rappel**

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

**Pour les enfants nés après 2018** **Date du dernier rappel**

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

Coqueluche

Hépatite B

Rubéole-Oreillons-Rougeole

Méningocoque

Pneumocoque

Haemophilus influenzae B

### Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|                                     |                                    |                                   |                                     |                                                      |
|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole    | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Angine   | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Otite     | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Oreillons  |                                                      |

### Allergie :

|                                                                            |                                                                                 |                                                                                     |                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme<br>Conduite à tenir : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Alimentaire<br>Conduite à tenir : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Médicamenteuses<br>Conduite à tenir : <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Autres (animaux, plantes...)<br>Conduite à tenir : <input type="text"/> |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

### A compléter uniquement pour les enfants porteurs de handicap

Afin d'accompagner au mieux votre enfant (moyens humain et matériel) et de répondre aux demandes d'éléments de notre partenaire CAF, merci d'indiquer le type de handicap :

Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ou une demande en cours ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, est-il accompagné par une AESH ? OUI ☐ NON ☐

Pour une coordination des actions et dans l'intérêt de votre enfant, autorisez-vous l'équipe du Patronage Laïque Municipal Sanquer à prendre contact avec les professionnels qui le suivent ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, merci d'indiquer les coordonnées des structures et/ou des spécialistes qui le suivent :

| Spécialiste(s) et/ou structure(s) | Fonction             | Téléphone            |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |